**Allegato A**

Il/la sottoscritto/a..........................................

**MANIFESTA L’ INTERESSE**

al conferimento dell’incarico di Responsabile di incarico dirigenziale di cui all’avviso indetto con Deliberazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti.

Consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall’Azienda, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto delle seguenti dichiarazioni, sotto la propria responsabilità dichiara:

**1**. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**2.** di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Per i candidati appartenenti alla tipologia 1.**

**3.** di essere Dirigente della ASL n° 1 di Sassari con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato che abbiano maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un’adeguata formazione nella loro organizzazione appartenenti all’Area della Dirigenza Sanitaria o appartenenti ala Dirigenza Professionale, Tecnica e Amministrativa del SSN dell’Area Funzioni Locali ;

**4**.di essere in possesso

* di un’anzianità di servizio in qualità di dirigente di \_\_\_\_\_\_\_ anni, nella specifica disciplina/ruolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Area Sanità e dell’Area Funzioni Locali (Dirigenza PTA);

**5**. di essere positivamente valutati da parte del Collegio Tecnico;

**Per i candidati appartenenti alla tipologia 2.**

**6.** di essere Medici di Medicina Generale o Pediatri di Libera Scelta convenzionati da almeno dieci anni;

**7**. di essere convenzionati con l’ASL n° 1 Sassari alla data di scadenza del presente avviso;

**8.** di essere iscritto all’albo dell’ordine dei medici della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9.** di aver maturato una specifica e documentata esperienza professionale nei servizi territoriali i cui ambiti di competenza sono definiti dall’art. 3 *quinques* del D.Lgs 502/1992;

**10.** di essere in possesso di un’adeguata formazione nell’organizzazione dei servizi territoriali

**11.** di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, come modificato dal D.Lgs. n°101 del 10 agosto 2018 che ha recepito il Regolamento (UE) 2016/679 - aggiornato con rettifiche pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea n° 127 del 23 maggio 2018 e di avere preso visione dell’informativa sulla tutela dei dati personali ( sia per la tipologia 1 che per la tipologia 2.).

Allega i seguenti documenti:

- ***curriculum* formativo e professionale, datato e firmato;**

- **dichiarazione relativa alle esperienze maturate nel settore per il quale si concorre;**

- - **scansione di un documento di identità in corso di validità..**

Distinti saluti.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_